

Title	学会抄録 第197回日本泌尿器科学会東海地方会
Author(s)	
Citation	泌尿器科紀要 (1998), 44(3): 215-218
Issue Date	1998-03
URL	http://hdl.handle.net/2433/116136
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

学会抄録

第197回 日本泌尿器学会東海地方会

(平成9年9月27日(土) 名古屋市医師会館 6F 講堂)

Von Hippel-Lindau 病に両側腎癌を発生した1例: 吉野 能, 中野洋二郎, 伊藤浩一(陶生), 西村達弥(名古屋大) 54歳男性。主訴は歩行障害。延髄腫瘍摘出術の既往があり, 長男は網膜血管芽腫, 脾・腎囊胞, 次女は脾囊胞と診断されている。諸検査で小脳・延髄および頸髄血管芽腫, 両側腎癌, 多発性脾囊胞を認め, von Hippel-Lindau 病 (VHL) と診断した。1996年4月22日, 右腎腫瘍核出術・左腎摘除術を施行した。腫瘍は右 40×35×30 mm, 左上極 80×70×60 mm, 左下極 25×15×15 mm であった。病理組織学的には全て renal cell carcinoma, common type, clear cell subtype で, 右と左上極は Grade 1>2, 左下極は Grade 1 であった。後に水頭症に対し V-P シェント術を施行, 神経症状も改善し, 術後17カ月を経た現在再発転移を認めていない。本邦の VHL 報告例で, 病理組織学的に腎細胞癌を認めた症例は自験例が30例目であった。

不完全回転異常を伴う癒合重複腎の各 Unit に発生した腎細胞癌の1例: 三島淳二, 星長清隆, 窪田裕輔, 市野 学, 深見直彦, 伊藤徹, 森伸太郎, 丸山高広, 樋口 徹, 泉谷正伸, 白木良一, 堀場優樹, 名出類男(保健衛生大) 52歳男性。血尿を主訴に近医受診し, IVP にて右腎回転異常, CT により右腎に low density mass を認め, 腎癌と診断された。血管造影では2本の右腎動脈を有し, ヘリカル CT にて大小2つの unit より形成された腎を認め, 初診後1カ月に右腎摘出術を施行したところ, 孤立した腎 (小 unit) には大 unit と共有する腎盂を認め尿管は1本のみ存在していた。病理組織診断は RCC clear cell alveolar type G₁>G₂ INFα pV1a, また小 unit にはさらに異型度の高い同型の癌細胞を認めた。本症例は右腎の回転異常を有する癒合性重複腎で大・小2つの独立した unit に腎癌が発生したと考えられ, 他に報告が無く, 本邦第1例目と思われた。

腎リンパ管腫の1例: 大堀 賢, 田中一矢, 青木童之, 西川英二(名古屋掖済会), 瀧知 弘, 深津英捷(愛知医大) 症例は57歳女性。主訴は顕微鏡的血尿。腹部超音波検査にて左腎囊胞を認め, CT, MRI にて囊胞は隔壁様の変化と, 一部壁の肥厚を認めた。同部位は enhance されており, 悪性の否定は困難であった。血管造影にて腫瘍血管を疑う所見を認め, 根治的左腎摘出術を施行した。病理組織学的所見では, 内皮細胞で形成される管腔様構造とその内腔にエオジン染色物質を認めた。内部には赤血球は認められず, 腎リンパ管腫と診断された。本疾患との鑑別診断で重要なものは, multilocular renal cyst, cystic renal cell carcinoma などがある。しかしこれらを CT, 血管造影などで鑑別することは困難であるといわれる。本症例においても悪性腫瘍を否定できず腎摘出術を施行し, 病理組織診にて腎リンパ管腫との診断を得た。

腎脂肪肉腫の1例: 菱本康之, 小松 茂, 本村文一, 工藤真哉, 東野一郎(豊橋市民) 55歳女性。1996年10月頃より左季肋部腫瘍に気づいていた。当院内科で施行した腹部 CT にて左腎腫瘍を指摘され当科紹介。左季肋部にやや可動性のある硬い腫瘍を4横指触知。US にて左腎に内部不均一な巨大な腫瘍を認め, DIP にて左腎盂・腎杯は全く描出されなかった。腹部単純 CT では辺縁境界明瞭な腫瘍を認め, 正常腎実質と等吸収域な部分とそれより低吸収域な部分とが混在していた。MRI や DSA も施行し, 左腎原発の悪性腫瘍を疑い, 1997年, 1月16日に経腹膜の左腎摘除術を行った。摘除標本は, 19×12×12 cm で, 重量 1,980 g, 断面では正常腎実質はほとんど認めず, 表面平滑な黄色調の腫瘍に占拠されていた。病理組織学的所見では, 脂肪芽細胞を認め, 多形型脂肪肉腫と診断された。術後, CYVADIC 療法を1クール施行し, 8カ月経った現在, 再発を認めず, 経過良好である。

腎に発生した Melanocytic schwannoma の1例: 西村達弥, 勝野曉, 磯部安朗, 田中篤史, 福原伸之, 岩崎明彦, 弓場 宏, 三嶋敦, 斉藤政彦, 日比初紀, 辻 克和, 高士宗之, 岡村菊夫, 下地敏

雄, 大島伸一(名古屋大学) 44歳女性。全身倦怠感の精査で左腎腫瘍を指摘され, 当科受診。IVP・CT・MRI 施行後, 左腎細胞癌の診断で1989年12月根治的左腎摘除術を施行。摘出標本は 140g, 左腎下極に 4.5 cm 大の黒色の腫瘍を認めた。病理診断は, melanocytic schwannoma であった。術後61カ月を経過し再発, 転移を認めず生存中である。melanocytic schwannoma には, 悪性例が24%あるとの報告もあり完全摘除が必須であると思われた。また腎に発生した melanocytic schwannoma は, 文献上1例目であった。

水腎杯内に認められた腎結石と腎盂腫瘍の1例: 新保 育, 中西利方(共立湖西総合), 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 症例は65歳女性。検診で右腎結石を指摘され, 右側腹部痛あり当科受診。KUB で右腎中部に 13×12 mm の結石, DIP で同部に陰影欠損を伴う拡張した腎杯, CT で拡張腎杯内の結石と小腫瘍を認めた。右腎杯憩室結石と憩室内の炎症性ポリープ, あるいは結石と炎症性ポリープによる腎杯頸部狭窄, 水腎杯と術前診断。PNL 目的で経皮的腎盂鏡施行時, 1.5 cm の乳頭状腫瘍を認め生検施行し, 病理組織診断は TCC, G1 であった。後日, 右腎尿管全摘術施行。摘出標本から腎結石を合併した腎盂腫瘍と腫瘍によって生じた水腎杯と診断した。病理組織診断は TCC, G1>G2, pT1 であった。術後 UFT 投与開始し, 6カ月後の現在再発を認めていない。結石合併腎盂腫瘍の本邦報告例86例を集計した。術前診断は内視鏡によるものが10例あり, 近年増加傾向にあった。

特発性腎出血に対して硝酸銀溶液注入療法施行により広範囲腎壊死を来した1例: 吉村 麦, 小島祥敬, 安積秀和, 安藤 裕(名古屋市長東市民), 郡健二郎(名古屋大) 55歳男性。10年前にも左腎よりの特発性腎出血の診断の下, 硝酸銀注入療法を施行されて軽快していたが, 再び肉眼的血尿を認め当科受診。諸検査の結果, 左腎よりの特発性腎出血の診断の下, X線透視下に0.5%硝酸銀溶液を 20 ml, 2回緩徐に注入したが広範囲腎壊死を来し, 腹膜炎, 麻痺性イレウスを来したと同時に血行性に硝酸銀が逆流したことによる肝障害をも認めた。硝酸銀注入療法は注入濃度, 注入圧, 注入量に注意して行わなければ重篤な副作用を来すと思われる。同様症例は報告があるかぎり本邦2例目である。

後腹膜腔に発生した Solitary fibrous tumor の1例: 窪田泰江, 河合憲康, 中平洋子, 田真浩之, 坂倉 毅, 佐々木昌一, 上田公介, 郡健二郎(名古屋大) 症例は68歳男性。主訴は排尿困難, 頻尿。既往歴にB型肝炎, 大動脈弁閉鎖不全によるペースメーカー植え込み術がある。他院の DIP, 膀胱造影で膀胱圧排像, CT で骨盤内に 10 cm 大の mass を認めたため精査・治療目的で当院受診。入院時血液検査所見では異常を認めなかったが, 下腹部には新生児頭大の腫瘍を触知した。腫瘍周囲組織に明らかな浸潤はなかったため, 後腹膜腫瘍摘出術を施行。摘出腫瘍は 14×9×7 cm, 1,600 g で, 断面は灰白色・充実性。内部には黒褐色の粘液が充満していた。病理組織検査, CD34, ビメンチン免疫染色陽性等の結果から solitary fibrous tumor と診断された。本症例は mitosis が強く, 悪性度が高いと思われたが, 術後9カ月現在も生存中で, 再発等は認めていない。

後腹膜悪性線維性組織球症(MFH)の1例: 河合 隆, 伊藤 博(一宮市民), 村瀬達良(名古屋第一赤十字) 53歳男性。1996年8月より左腰痛あり近医を受診。左後腹膜腫瘍, 左水腎症を指摘され8月20日当科紹介受診。腹部 CT で左後腹膜に径 5×4 cm の石灰化を伴った腫瘍を認めたため, MFH を疑い9月5日全麻下。左腰部斜切開にて腫瘍摘出術を試みた。腫瘍は粘液状で周囲組織との癒着が強く, 全摘出は困難と判断し, 生検のみ行った。病理診断は MFH myxoid type であった。有効な治療法が確立されていないため, 社会復帰し外来にて経過観察していた。その後腫瘍は徐々に増大し, 1997年7月になって歩行障害も生じたため, 7月18日より温熱併用放射線療

法を開始した。歩行障害は改善したものの、7月30日より高熱と著明な腹部の左痛を生じ、胃管より大量の黒褐色の内容物を認め、8月3日死亡した。腫瘍の腸管穿孔、腹腔破裂が死因と考えられた。

後腹膜脂肪肉腫の1例：大木隆弘、宮原 誠、中島洋介（慶應大伊勢慶應）、奥田 誠（同外科） 症例は48歳女性。1996年6月、腹部膨満感を自覚し近医受診、腹部腫瘍を指摘され6月28日当院に紹介入院した。身体所見で、腹部左側全域に表面平滑、弾性軟の腫瘍を触知した。各種画像検査所見より脂肪肉腫と診断し、7月15日に腫瘍摘除術、脾臓摘出術、膀胱部切除術を施行した。腫瘍は後腹膜腔に存在し、左腎後面から脾門部、胃噴門部後面を経て胃小弯部から肝下面まで達していた。腫瘍重量は4,690 g。病理診断は分化型脂肪肉腫であった。退院後、術後9カ月のCTで胃小弯部と膀胱部に再発を認めたため再入院。1997年5月27日に胃全摘術、膀胱尾部合併切除、左副腎部分切除術を施行した。病理診断は初回手術時と同じ分化型脂肪肉腫で、surgical marginは陰性だったが、電顕では初回に比し核の異型性が高度になっていた。補助療法は行わず厳重に経過観察中である。

褐色細胞腫との鑑別が困難であった巨大副腎血腫の1例：黒田和男、渡邊博幸（渥美）、岡村菊夫（名古屋大） 28歳女性。17歳時、肝腎間にφ3cmの嚢胞を指摘されエコー下穿刺施行された。1989年糖尿病にて当院内科受診。その際、φ9.3cmの肝嚢胞を指摘されるも以降受診せず。1995年12月右後腹膜腫瘍（右副腎腫瘍）疑いにて近医（高血圧・糖尿病の管理を受けていた）より紹介。画像診断（MRI・CT・副腎シンチ）にてφ13.8cmの腫瘍を以前指摘された肝嚢胞と同一部位に認め、内分泌検査では尿中アドレナリン・ノルアドレナリンの軽度上昇を示した。よって右副腎原発褐色細胞腫を疑われたが、1996年2月経胸腹的右副腎摘除術を施行。摘除標本は重量1,245 g。病理組織診断は副腎血腫であり、そして正常な副腎を認めた。術後、血圧・血糖値・内分泌検査は術前とあまり変化を認めず、高血圧・糖尿病は副腎とは無関係と考えられた。術後22日目、経過良好にて退院となった。

長期透析患者にみられた後腹膜血腫の1例：青木圭司、田所 茂（浜松赤十字） 症例は65歳男性。当院にて約11年間血液透析を施行している。1997年4月9日突然の右側腹部痛と38℃の発熱を主訴に当院受診。圧痛はあるが腹膜炎刺激症状は認められなかった。CTにて右腎周囲にlow densityな腫瘍を認め、その内部にガスの存在が疑われたため、十二指腸憩室の穿孔を疑い、十二指腸造影を施行するも異常は認めなかった。その後も右側腹部痛、微熱は続いていたが、IVH管理、抗生剤投与で経過観察していた。発症10日目のCTでは後腹膜の腫瘍はやや縮小傾向にあった。発症30日目の造影CTでは腫瘍辺縁が造影され、超音波検査で腫瘍は低吸収域であったため腎周囲膿瘍を疑い、超音波下での穿刺を行ったが吸引できなかった。発症37日目に手術を施行した。病理結果から、ACDKの破裂による後腹膜血腫と診断された。悪性所見は認めていない。

外傷性水腎症破裂の1例：高山達也、大平智昭、海野智之、麦谷荘一（聖隷三方原）、伊原博行、畑 昌宏、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 74歳男性。1996年2月19日散歩中に転倒して腹部を打撲。腹部膨満、心窩部痛が出現し当院救急を受診。右長期嵌頓尿管結石により拡張し菲薄化した水腎症の破裂と診断し、腎瘻造設。排液量2,350 ml。既往歴は糖尿病、高血圧、両膝関節痛、白内障。家族歴に特記すべきことなし。腎機能の回復をみないため、腎摘除術を施行した。腎実質の厚さは4～5 mm、重さ390 g、長径17 cm。7×6 mmの尿管結石を認めた。既存水腎症に合併した腎外傷は調べ得た限りでは自験例を含め80例の報告があり、水腎症の原因は先天性が53例（66%）と多く、結石性は11例（14%）であった。腎摘が53例（66%）に施行され、外傷時すでに腎障害が高度であるためと考えられた。

先天性水腎症の腎盂破裂の1例：佐藤滋則、神林知幸、藤井祐治（磐田市立総合）、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 病的腎が正常腎と比べ損傷を受けやすいことは知られている。今回、われわれは先天性水腎症に外傷性腎盂破裂を伴い、腎を温存できた症例を経験した。症例は6歳、女児。友達と遊んでいて右側腹部を打撲。以後、軽度の右側腹部痛が続き、当院小児科受診。腹部エコー上、右腎を同定できず。CT所見より水腎症の外傷性腎盂破裂を疑い同日緊急手術施行。

右腎は著名な水腎症であり、腎盂に5 cmの断裂を認めた。実質の損傷はなく、腎盂尿管移行部に強い狭窄を認めた。若年齢であることから、腎機能の回復を期待し腎盂形成術（Anderson-Hynes法）を行った。術後4カ月を経過し、水腎症の再発を認めていない。既存水腎症の腎外傷に関する本邦66例の報告について文献的考察を行った。

融合腎に合併した左腎盂尿管移行部狭窄症に対し Dismembered pyeloplasty を施行した1例：深津顕俊、絹川常郎、竹内宣久、田中国晃、上平 修、橋本好正、近藤隆夫（社保中京） 4歳6カ月男児。約1年前から微熱あり。1997年2月3日、腹痛・嘔吐が出現し、近医を受診。尿路先天異常の疑いにて、同年3月3日、当科へ紹介された。身長103.6 cm、体重15.6 kgと、身体発育は正常であった。S-Cr=0.3 mg/dl、Ccr=116 ml/min、尿タンパク、尿潜血を認めず、尿路感染は証明されなかった。左腎はIVPで造影されず、レノグラムも低腎機能パターンを示した。CT、RPにて仙骨前面で融合する融合腎に合併した左腎盂尿管移行部狭窄症と診断した。同年4月17日、左傍腹直筋切開にて後腹膜腔に至り、dismembered pyeloplastyを施行した。術後の経過は良好で、手術5カ月後の現在、IVPにて左腎の腎杯の鈍化は消失し、微熱も消失した。

腎癌術後遺残尿管に発生した移行上皮癌の1例：三井健司、山田芳彰、大下博史、瀧 知弘、加藤慶太郎、本多靖明、深津英捷（愛知医大）、河合康仁（同第一外科） 88歳男性。等身内に癌死なし。1991年に左腎癌にて根治的左腎摘出術（Renal cell carcinoma, alveolar type, clear cell subtype G1>G2）、1995年に肝癌のため肝部分切除術施行（Hepatocellular carcinoma）。1997年1月に肉眼的血尿で当科受診。種々の画像診断にて左腎摘後遺残尿管腫瘍と診断した。1997年4月に全麻下、左遺残尿管摘出術および膀胱部分切除術を施行した。摘出尿管には30×30×20 mm乳頭状有茎性腫瘍を認め病理診断は移行上皮癌、G2>G3、pT1, PV0, PL0, pR0であった。現在、腎癌、肝癌、尿管癌の再発、転移、他領域癌の発生をみず生存中である。腎癌摘出後遺残尿管に生じた尿管癌は稀であり、また3重複癌であり腎・肝・尿管の組み合わせもさらに稀であった。

化学療法が有効であった局所再発した尿管扁平上皮癌の1例：山田泰司、日置琢一、杉村芳樹（愛知がんせ）、谷田部恭（同病理）、松下高曉（飯田市立） 症例は44歳女性。近医にて尿管腫瘍に対して、1996年9月、下部尿管・子宮・両側卵巣摘出術、膀胱部分切除術施行され、病理組織結果より、原発性尿管扁平上皮癌と診断された。術後血清SCCの上昇を認め、骨盤MRIにて直腸左側に腫瘍を認めたため、当科入院にて1997年1月よりnedaplatine, ifosfamide, bleomycinによるBIP療法を3コース施行した。3コース終了時でマーカーの正常化、腫瘍の消失を認め、退院となった。1997年9月現在、再発の徴候を認めていない。尿管扁平上皮癌の予後は悪く、有効な化学療法法の報告例は少ないが、そのなかで本症例は著効を示しており有意義なものと思われた。

尿閉による腎後性腎不全で発症した小児尿管癌の1例：古川 享、初瀬勝朗、栗木 修、大竹 浩、服部良平（市立岡崎）、絹川常郎（社保中京） 症例は1歳6カ月男児。1992年12月に尿路感染で当院小児科に入院したが、退院後1993年1月7日より尿閉となり、1月9日に当院を受診し、腎後性腎不全の診断で入院となる。諸検査にて、右萎縮腎・右単純性尿管瘤および左水腎症を認めた。尿閉の原因は、尿管瘤の膀胱頸部への滑脱のためで、左水腎症の原因は、この排尿障害に起因した膀胱壁の肥厚による左尿管膀胱移行部狭窄によるものと考えられた。左リング尿管皮膚瘻にて幼児期まで管理し、1996年8月（5歳2カ月）に経尿道的尿管瘤壁切除術を施行し、1997年3月（5歳9カ月）に尿管皮膚瘻を開鎖した。右膀胱尿管逆流症を認めるものの尿路感染はなく、排尿障害は改善し残尿はない。また全経過を通じて腎機能の悪化は認めず、左水腎症も改善し、現在血清クレアチニン0.3 mg/dlで、尿蛋白も認めていない。

逆流を伴った上位腎所属尿管異所開口に対して Psoas hitch 法を行った1例：草田修司、渡辺秀輝、石黒良彦（市立城西） 32歳女性。全身倦怠感と熱発のために1997年2月当科受診。DIPでは左上位腎所属尿管の拡張と左上位腎の機能低下と認め、排尿時膀胱尿道造影で近位尿道からの逆流を認めた。手術法は、最終的には患者の希望も考慮し上半腎を温存した。左上位腎所属尿管は直径約1.5 cmに拡張

張していた。尿管を、コモンシースに包まれた状態で剝離し Psoas hitch 法により新吻合した。粘膜下トンネルは約 5cm 確保した。術後 4 カ月の DIP では左上位腎機能の回復を認めた。約 2 cm の残尿管を認めるが再感染を認めない。Psoas hitch 法は拡張を伴った重複尿管での新吻合にも有用であった。

尿管異所開口の14例：線崎博哉，丸山哲史，林祐太郎，窪田裕樹，小島祥敬，安井孝周，山田泰之，上田公介，郡健二郎（名古屋大）
当科で経験した尿管異所開口の14例について臨床的に検討した。性別は、女性11例、男性3例。初診時年齢は女性では2歳～9歳、男性では出生時、9カ月、25歳。主訴は女性では尿失禁が10例と最も多く、熱発が1例であった。男性では超音波検査中に発見された水腎症が2例、排尿痛が1例であった。単一尿管型が11例、重複尿管型が3例であった。開口部位は女性では膣が7例、膣前庭が3例、膀胱頸部1例で、男性では精囊が2例、後部尿道が1例であった。治療法は5例が腎摘除術、6例が尿管全摘除術、2例が上半尿管摘除術、1例が膀胱尿管新吻合術であった。胎児エコーで水腎を指摘され、出生後（9カ月）に尿管全摘除術を施行した後部尿道開口例を供覧した。

乳児逆流性巨大尿管症における一時的尿管皮膚瘻の有用性の検討：深見直彦，泉谷正伸，星長清隆，市野 学，三島淳二，伊藤 徹，森紳太郎，丸山高広，窪田裕輔，樋口 徹，白木良一，堀場優樹，名出頼男（保健衛生大）
症例1：6カ月の女児。右5度、左3度のVUR、両側IRR、膀胱には肉柱形成と憩室を認めた。生後7カ月に、まず右リング尿管皮膚瘻造設術を行い、尿管皮膚瘻造設1年後にVUR根治術を、その4カ月後には尿管皮膚瘻閉鎖術を行った。症例2：生後3日の男児。著明な右水腎症と蛇行を伴う拡張尿管、右尿管前立腺部尿道異所開口、高度VURを認めた。生後2カ月に、右ループ尿管皮膚瘻術を行い、その1年4カ月後に右尿管膀胱新吻合術を行った。2症例とも根治術後の経過は良好である。乳児逆流性巨大尿管症例に対して一時的尿管皮膚瘻を用いることにより、尿路感染防止や腎機能温存等が可能となり、また根治術も容易になるという点で本法の有用性が確認された。

原発性上皮小体機能亢進症の4例：小林康宏，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念）
当院で手術を施行した原発性上皮小体機能亢進症の4例について、症例を提示し若干の検討を加え報告した。年齢は30歳から62歳、男性1例女性3例。診断契機は、高カルシウム血症、手関節痛、尿路結石。初診から手術までの期間は、2カ月から27カ月。病型は、骨型2例、化学型1例、結石型1例であった。生化学所見では、高感度PTHは全例高値、血清カルシウム値は症例2のみが常に高値であった。手術所見は片側検査法が1例、両側検査法が3例、過形成1例、腺腫3例であった。症例1に異所性甲状腺、症例4に異所性胸腺があった。画像診断率はCT 66%、US 50%、RI 33%であった。術後、カルシウム補充期間は1月から9カ月、骨型の症例1、2では各々12カ月、5カ月でALPは正常化した。

出血性素因を有する尿路結石3症例に対するESWLの経験：大西毅尚，芝原拓児，奥野利幸，金井優博，村田万里子，神田英輝，O.E. Franco Coronel，文野実希，黒松 功，木瀬英明，小林一昭，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村嘉一（三重大）
症例1，12歳男児。基礎疾患に血小板無力症があり、右腎結石に対して術前に血小板輸血を行ない全身麻酔下にESWLを施行した。症例2，57歳男性。基礎疾患に血友病Aがあり、術前に第Ⅲ因子製剤を投与し右腎結石に対してESWLを施行した。症例3は、non Hodgkin lymphomaにて化学療法中の35歳女性。化学療法の合間で骨髄抑制の回復を確認し両腎結石に対してESWLを施行した。3例とも重篤な出血性合併症もなく良好な結果を得た。自験例および諸家の報告を総合すると、出血性素因を有する尿路結石に対して適切な術前補充療法を施行することにより安全にESWLを行うことができると思われた。

尿管結石と後腹膜石灰化像を伴ったUrinomaの1例：山田 徹，山本直樹，高橋義人，河田幸道（岐阜大）
76歳男性。1995年土木作業中に背部を打撲した既往あり。1997年3月より無症候性全血尿を認めたため当科受診した。超音波，CT，RP上，左尿管結石，左水腎症，左後腹膜石灰化像を認めた。悪性腫瘍も否定出来ないため、1997年5月19日、左尿管切石術を施行した。尿管に癒着した腫瘍が存在し、尿管結石および腫瘍内部に結石を認め、また腫瘍と尿管の交通も

認めた。腫瘍壁の病理組織診断はno epithelial cellでありUrinomaと考えられた。原因は、外傷性または尿管結石による尿管破裂が考えられた。Urinomaの原因が尿管結石による尿管自然破裂であれば稀な症例であり、また原因に関係無く、内部に結石を伴ったUrinomaは非常に稀な症例である。術後4カ月経過し、血尿なく、結石の再発は認めていない。

Holmium YAG laserを用いた経尿道的膀胱結石破碎術の経験：近藤哲志，水谷一夫，山田 伸，松浦 治，小野佳成，近藤厚生（小牧市民）
症例1，61歳男性。頻尿，排尿痛を認め、検尿で尿潜血も認め当科紹介となった。検査にて径28mmの膀胱結石と、前立腺肥大症を認めた。症例2，52歳男性。肉眼的血尿が出現したため、近医受診し膀胱結石を指摘され当科紹介となった。径20mm程の膀胱結石を5ヶ認めた。症例1に対し1997年7月3日、症例2に対し1997年8月12日、硬性膀胱鏡下にversa pulse selectを使用してHolmium YAG laserによる膀胱結石破碎術を施行した。手術時間と合計照射エネルギーはそれぞれ24分と64分、10.50Jと20.34Jであった。膀胱結石の碎石は良好であり、誤照射による粘膜の損傷は軽度で安全性は許容範囲内であった。また破砕片は細かくevacuatorにより容易に回収できた。Holmium YAG laserによる膀胱結石破碎術は有用な方法であると思われた。

レーザー膀胱砕石術を施行した巨大膀胱結石(90×60mm)の1例：海野智之，大平智昭，高山達也，麦谷莊一（聖隷三方原），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大）
症例は58歳男性、1978年より脊損にて膀胱瘻管理を施行していた。1997年に入り肉眼的血尿が継続したためKUBを撮影したところ膀胱内に径90×60mmの巨大結石を認めた。DIP、CTにて結石はほぼ膀胱全体を占めていたが、両側の水腎症は認めなかった。1997年4月2日、全身麻酔下にホルミウムレーザー膀胱砕石術を施行した。レーザーは結石の表面をかくすように、接線方向に照射した。結石は大部分が砂状となり、膀胱瘻から流出し、途中数回Ellik evacuatorを使用して碎石片を回収した。手術時間は336分であったが膀胱粘膜を損傷することなく、安全に手術が可能であった。術後KUBでは残石を認めず、術後経過は良好で術後2日で退院可能となった。

大腸憩室炎穿通による大腸膀胱瘻の2例：佐井紹徳，鈴木弘一，加藤久美子，村瀬達良（名古屋第一赤十字）
症例1は66歳男性、主訴は排尿痛である。尿沈渣で膿尿を認め、尿培養でSt. fecalisが培養された。膀胱鏡で腫瘍が疑われたが、膀胱生検で悪性像を認めず、注腸造影で多発する結腸憩室を認めたことから結腸憩室炎の膀胱穿通による結腸膀胱瘻と診断された。瘻孔を含む結腸膀胱部分切除が行われた。症例2は63歳男性、主訴は排尿痛、気尿、糞便混じりの尿である。尿沈渣で膿尿を認め、尿培養でP. aeruginosaが培養された。注腸造影により、多発する直腸憩室を指摘され、膀胱鏡で気泡の流出する隆起性病変が認められた。直腸憩室炎の膀胱穿通による直腸膀胱瘻と診断され、瘻孔を含む直腸膀胱部分切除が行われた。2症例とも病理学的に大腸膀胱瘻の診断が得られた。大腸膀胱瘻の原因として大腸憩室炎の割合は比較的多く、半数を占めるとされている。

In situ vaginal sling法を施行した女性腹圧性尿失禁の2例：吉川羊子，近藤厚哉，後藤百万（碧南市民）
尿道膀胱造影あるいは、abdominal leak point pressureの測定値から、type IIIの疑われた女性腹圧性尿失禁の2症例に対し、in situ vaginal sling法を施行した。症例1はleak point pressureが80～100 cmH₂Oであったが、尿道膀胱造影では膀胱頸部がやや開大しており、60分間尿失禁定量テストで41gの高度の尿失禁を認めた。症例2はleak point pressureで60～80 cmH₂Oで膀胱頸部の開大を認めたが、pressure-flow studyでは膀胱利尿筋収縮力の低下を疑った。各症例に対し、in situ vaginal sling法を施行し、術後の排尿困難は認めない。症例1は、尿失禁消失し、症例2では切迫性尿失禁の残存を認めるものの、pressure-flow studyでは、利尿筋収縮力の上昇から、vaginal slingが膀胱頸部の閉鎖機能を強化していることがうかがえた。

前立腺癌に対する内分泌化学療法中に間質性肺炎をきたした1例：大塚篤史，大野俊一，畑 昌宏，太田信隆（焼津市立総合），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大）
62歳男性。1996年7月前立腺癌Stage D1にて、テガフルウラシル・フルタミド・酢酸ゴセレリンによる

内分泌化学療法開始。1997年3月発熱・呼吸困難を訴え、理学的所見・画像診断より肺炎疑いにて入院。呼吸器感染症・肺腫瘍・サルコイドーシスなどは除外され、DLSTでは、テガフルウラシル130%、酢酸ゴセレリン98%と陰性ではあったが、経過および画像診断より薬剤性間質性肺炎が強く疑われた。ステロイドホルモンによる治療を開始し、肺病変および自覚症状は徐々に改善した。また入院時より上記薬剤中止、ホスフェストロールを開始したが、前立腺癌の再燃は認めていない。抗癌剤などによる薬剤性間質性肺炎の報告が最近増加しており、使用にあたっては十分な注意が必要と考えられた。

嚢胞形成を伴った前立腺癌の1例：小倉友二、亀田晃司、深津孝英、蘇 晶石、吉村暢仁、鈴木竜一、脇田利明、佐谷博之、山川謙輔、林 宣男、有馬公伸、柳川 眞、川村壽一（三重大） 嚢胞形成を伴った前立腺癌を経験したので報告する。87歳男性。転移性頸椎腫瘍に対し当院整形外科にて手術施行。組織所見およびPSA高値より前立腺癌疑われ当科転科。前立腺生検にて前立腺癌と診断された。CT, MRI, 超音波検査等にて前立腺左背側に内壁不整な嚢胞を認めたため穿刺し、内容液を吸引後造影を行い、周囲への漏出の無いことを確認後、アミカシンを注入した。嚢胞内容液は血性であり、PSA高値、細胞診陰性であった。嚢胞内腫瘍の生検から前立腺生検と同様の腺癌組織が認められた。現在の治療としては、副作用出現のためLH-RHアゴニスト投与のみ行っているが、PSA低値となっている。嚢胞形成を伴った前立腺癌は稀であり、自験例は本邦23例目と思われる。

PSAが正常値であった前立腺癌の1例：今西武志、原田雅樹、渡辺哲也、石川 晃、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生（浜医松大） 症例は68歳男性。主訴は排尿困難。直腸診で前立腺左葉をやや硬く触知し、経直腸エコー下前立腺生検で低分化型線癌が検出され、当科入院。入院時のPSAは2.0 ng/mlであった。経直腸エコーでは左葉にややlow echoic なスペースがみられ、CT・MRIでは精囊浸潤が認められた。明らかなリンパ節・骨への転移は認められず、前立腺癌stage Cと診断し、内分泌化学療法としてflutamide, LH-RH agonist, etoposide, IFMを投与後、画像診断上down stagingしたと判断し、前立腺全摘術を施行。術後、後療法を続行中だが、術後6カ月の現在再発再燃の兆候なく経過良好である。本症例においてPSAは正常範囲内であり、前立腺癌の早期発見には、PSAのみならず直腸診、経直腸エコー等も併せた集学的診察が有効であるということが再確認された。

過去10年間ににおける陰茎プロステシス手術の経験：小谷俊一、伊藤裕一、武田宗万（中部労災）、甲斐司光（西尾市民） 過去10年間に26名のインポテンス患者に陰茎プロステシス手術を施行した。患者の年齢は30～71歳（平均55.4歳）。既婚19名、再婚1名、未婚3名、離婚1名、死別2名。既婚再婚者の内、5名は妻以外の特定のパートナー有り。基礎疾患は糖尿病と脊髄損傷が各6名と最多で、インポテンス最終診断は混合型53%、器質性35%、心因性12%。使用機種はDuraphase 15名、AMS600M 3名、富士システム6名、Omniphase 2名。術後観察期間は17日～3,306日間（平均45カ月）。性交可能を有効とすると、有効13名、無効7名、不明6名であった。術後早期合併症としてプロステシスの脱出2名、創離開1名、晚期合併症として機械故障3名（Omniphaseスイッチ故障2名、Duraphase破損1名）を認めた。

Burned-out testicular tumorと考えられた1例：杉山貴之、平野恭弘、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大）、大見嘉郎（国立豊橋） 症例は29歳男性。食思不振、左下腹部腫瘍を主訴に当科を紹介され受診。左精巣下極に小豆大の腫瘍を触れた。超音波検査上、触診と一致する部に低エコー域を認めた。左精巣腫瘍を考え精巣摘除術施行。Stage 2Bと診断し、BEP療法3コース施行。腫瘍マーカーの正常化を認めたため後腹膜リンパ節廓清術および左腎摘除術を施行した。術後BEP療法1コース施行後退院。術後9カ月経過した現在再発、転移を認めていない。原発巣と考えられた左精巣内は瘢痕組織のみでviableな腫瘍細胞を認めず、burned-out testicular tumorと考えられた。

腹腔内停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例：山本茂樹、長井辰哉、甲斐司光（西尾市民）田中篤史（名古屋大） 43歳男性。5歳時に左鼠径ヘルニア根治術を受けた。1997年4月に左下腹部痛にて内科受診。注腸にてS状結腸の圧排像が、骨盤造影CTにてS状結腸腹側に不均一に軽度造影される腫瘍が認められ、骨盤内平滑筋腫の疑いにて手術目的で外科に紹介され1997年6月に全麻下、腫瘍摘出術が施行された。腫瘍は表面平滑、手拳大で左精巣動脈に連続していた。病理診断はセミノーマで種々の画像診断にて転移は認められずStage Iとして骨盤、傍大動脈領域に32 Gyの予防的放射線療法を施行し、現在外来にて経過観察中である。患者は左陰嚢内容の欠如に以前より気付いており、もう少し早い段階で診断しえたと思われた。

巨大精巣腫瘍の1例：日比野充伸、伊藤恭典、戸澤啓一、秋田英俊、永田大介、上田公介、郡健二郎（名古屋大） 症例は14歳男性。1996年8月ごろより左陰嚢の無痛性腫大を自覚していたが、放置していた。その後、1997年4月、入浴時、家族に陰嚢腫大を指摘され、4月25日当科初診し、弾性硬で、透光性のない精巣を認めたことより、左精巣腫瘍と診断された。血中AFP、 β -hCG、LDHは、高値を示しており、CT上、10×8 cmの傍大動脈リンパ節転移、12個の小肺転移巣を認めた為、ステージIII B2の精巣腫瘍と診断した。全身麻酔下、左高位精巣摘除術を施行し、1,080 gの巨大精巣腫瘍を認め、現在、術後BEP療法4コース終了した。病理組織診断により、絨毛癌、奇形腫、卵黄嚢腫の混合腫瘍と診断された。巨大精巣腫瘍中、文献上35例目、非セミノーマ性腫瘍では、5例目とわずかであった。

精巣腫瘍を初発症状として発症した小児急性骨髄性白血病の1例：山田浩史、彦坂敦也、横井圭介、小林弘明、小幡浩司（名古屋第二赤十字） 症例は3歳10カ月男児。主訴は、1997年3月より出現した左精巣の無痛性腫脹。4月22日来院。受診時検査はLDH 999 IUと高値以外異常認めず。左精巣に、29.6×18.1×27.7 mmの低エコー領域を認めた。右精巣にも同様の所見を認め、両側精巣腫瘍と診断。4月23日、左精巣高位除根術を施行。精巣は、黄白色充実性の腫瘍組織が大半を占め、白膜への浸潤はなかった。病理診断は未分化性腺間質性腫瘍。退院後、食思不振、尿失禁出現。5月14日小児科受診、血算施行。白血球12万9千、血小板3万7千。血液像で、AML (M5a)と診断。後日、CD-68染色にて精巣内に単球様芽球の存在を確認。顆粒球肉腫と再診断。小児AMLの初発症状で精巣腫瘍が出現したのは稀である。化学療法施行後、エコーにて、右精巣腫瘍の消失を確認した。